

ANNEE 1937

THÈSE

N^o

103

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles ARSONNEAU

Né le 4 Novembre 1908, à POINTE-A-PITRE (Guadeloupe)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES PELVITOMIES
DANS UN
SERVICE DE MATERNITÉ
PARISIEN

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL GUÉNIOT
DE 1932 à 1936

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

105

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles ARSONNEAU

Né le 4 Novembre 1908, à POINTE-A-PITRE (Guadeloupe)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES PELVITOMIES

DANS UN

SERVICE DE MATERNITÉ
PARISIEN

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL GUÉNIOT
DE 1932 à 1936

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel IABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIER.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES
BENARD Henri..	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Et..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Pathologie médicale.
BOULIN	Hydrologie.
BULLIARD	Pathologie médicale.
CATHALA	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK.	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES
	Pathologie chirurgicale.
	DE GENNES ...
	Pathologie médicale.
	GAYET
	Physiologie.
	GIROUD
	Histologie.
	HAGUENEAU ..
	Pathologie médicale.
	HALPHEN
	Oto-rhino-laryngologie.
	HAZARD
	Pharmacologie.
	HUGUENIN
	Anatomie pathologique.
	JOANNON
	Hygiène.
	LABBE Henri .
	Chimie biologique.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOUL ..
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy.
	Pathologie médicale.
	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (Mlle J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.....	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.....	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU.....	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR.....		
LIAN		
VALLÉRY-RADOT		
Pasteur)..		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ ...	} Clinique obstétricale.	
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON PERE

*Modeste témoignage de profonde
affection et de reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'Accouchements

Membre de l'Académie de Médecine

Accoucheur de la Maternité

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de notre profond res-
pect.*

A mon Maître Monsieur Paul GUENIOT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses précieux con-
seils.*

*Témoignage de reconnaissance et
de respectueux dévouement.*

A mes Maîtres des Hôpitaux

Stage

- M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*).
- M. le Professeur F. BEZANÇON.
- M. le Professeur Agrégé SCHWARTZ.
- M. le Professeur GUILLAIN.
- M. le Professeur ABRAMI.
- M. le Docteur H. GRENET.
- M. le Docteur MILIAN.

Externat

- M. le Professeur PAUL MATHIEU.
- M. le Professeur Agrégé GUENIOT.
- M. le Docteur ANDRÉ JACQUELIN.
- M. le Docteur JEAN LEVESQUE.

HISTORIQUE

A. — SYMPHYSÉOTOMIE. — La première symphyséotomie fut pratiquée par Sigault le 2 octobre 1777. Mais cet auteur s'intéressait à la question bien avant cette date, et dès 1768 il adressait à l'Académie de Chirurgie un mémoire dans lequel il proposait cette opération.

Quelques années plus tard, en 1773, Sigault soutenait une thèse à Angers sur le même sujet.

Ces travaux et la première symphyséotomie eurent à l'époque un grand retentissement. Mais quelques échecs vinrent modérer cet enthousiasme, et beaucoup d'auteurs, parmi lesquels on peut citer : Baudelocque, Lauverjat, Nœgelé, proscrivirent cette opération.

La symphyséotomie tombe alors dans l'oubli de la fin du XVIII^e siècle jusque vers 1891.

Pourtant, à l'Ecole de Naples, l'opération Sigaultienne garde une certaine place dans la thérapeutique obstétricale grâce à l'étudiant Dominico Ferraza qui l'introduisit en Italie.

Un autre auteur italien, Morisani, se montre un chaud défenseur de la méthode, et en 1863 il fait paraître un mémoire sur les « rétrécissements du bas-

sin ». On y trouve une donnée intéressante : « La limite de l'écartement des pubis — que cet auteur fixe à 6 centimètres — si l'on veut éviter la dislocation des symphyses sacro-iliaques ».

Mais la symphyséotomie va bientôt renaître en France.

L'assistant de Morisani, l'Italien Spinelli, de passage à Paris en 1891, attire l'attention de Pinard et Varnier sur les résultats obtenus en Italie par l'opération de Sigault.

Pinard s'intéresse à la question et fait une belle leçon sur ce sujet le 7 décembre 1891. Il terminait son exposé en ces termes : « Grâce à la symphyséotomie, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée... ».

L'année suivante cette opération est pratiquée une cinquantaine de fois, et sous l'impulsion de Pinard, Varnier, Farabeuf, commence l'ère de la symphyséotomie à « ciel ouvert ».

Dans l'historique de la symphyséotomie il faut citer les auteurs qui ont envisagé les premiers de remplacer la symphyséotomie à « ciel ouvert » par une opération sous-cutanée.

C'est à Stockel qu'on doit les premiers essais de symphyséotomie sous-cutanée. Mais à Zweifel, de Leipzig, revient le mérite d'avoir donné en 1906 une méthode de section sous-cutanée de la symphyse.

Il faut arriver en 1914 avec Franck pour trouver une technique nouvelle.

Enfin, en 1915, Enrique Zarate, de Buenos-Ayres,

après avoir pratiqué l'opération que préconisait Franck, arrive progressivement à la modifier. Il parvient ainsi à créer une méthode nouvelle :

C'est une symphyséotomie sous-cutanée partielle avec intégrité du frein inférieur constitué par l'arcuatum, et surtout de la lame préurétrale (expansion du ligament de Henlé) située au-dessus de l'utrètre et des corps caverneux (Zarate).

Cet auteur fait également jouer un rôle important au ligament supérieur de la symphyse. Il dit en effet :

« Les éléments anatomiques du bord supérieur et de l'arc inférieur de la symphyse constituent les freins modérateurs de la diastase violente et sont comme des rênes devant graduer la séparation des pubis. »

Cette méthode de Zarate présente de nombreux avantages sur les précédentes, et évite les graves complications qui succédaient aux symphyséotomies classiques à « ciel ouvert » ; mais par le peu d'écartement de la symphyse qu'elle donne, son champ d'action est limité.

B. — PUBIOTOMIE. — La première pubiotomie remonte au 4 février 1778 et fut pratiquée par Siebold. C'est au cours d'une symphyséotomie, où il ne put couper la symphyse, que cet auteur fut amené à sectionner l'arc antérieur du bassin.

Sept ans plus tard Aitken propose de scier en deux points les bassins trop étroits.

Ensuite on retrouve les travaux de Champoin (de Bar-le-Duc) et de Stolz qui en fixa la technique opératoire sur le cadavre.

Il exposa ses idées dans la thèse de son élève Lacour (1844). Ce dernier auteur, parlant de l'opération préconisée par Stolz, s'exprime en ces termes : « Elle est si simple, si facile à exécuter, elle réunit tant de conditions favorables, que nous pensons qu'elle pourra être généralement adoptée ». Malgré cet optimisme, l'opération n'est pas pratiquée sur le vivant et tombe dans l'oubli.

Gigli la remet en honneur en 1894, mais il faut attendre l'année 1897 pour que soit réalisée la pubiotomie sur le vivant par Bonardi. Son exemple est bientôt suivi par Caldenini (1899), Von de Velde (1901) et enfin Gigli (1902).

C'est de Bovis qui introduisit cette opération en France en 1904. Bar, Porak, Macé le suivirent dans cette voie.

Döderlein, en 1903, donne l'idée de la pubiotomie sous-cutanée. Enfin Walcher, puis Stockel réalisent l'hébotomie entièrement sous-cutanée.

Actuellement quelques auteurs restent partisans de l'hébotomie. Il faut en particulier réserver une place pour une méthode préconisée par M. Cathala dans les extractions de la tête dernière. Cet auteur, dans l'accouchement par le siège lorsque le bassin est légèrement rétréci, place un fil-scie d'attente derrière le pubis, de manière à pouvoir agrandir le bassin, au moment d'extraire la tête dernière, lorsque contrairement aux prévisions d'un accouchement normal, une dystocie se révèle au passage de la tête dernière.

PLACE QUE DOIT ENCORE OCCUPER LA PELVITOMIE DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE

Cette incursion dans l'historique des pelvitomies nous montre l'évolution des idées et des méthodes sur ces opérations.

Elles ont connu des périodes d'enthousiasme, suivies d'oubli parfois excessif. Mais il faut admettre que leur grande rivale d'antan, l'opération césarienne, a pris un essor, une priorité qui s'affirme de plus en plus. Aussi les pelvitomies sont-elles délaissées par nombre d'accoucheurs et certains ont même posé cette question :

« Les pelvitomies méritent-elles encore une place dans la thérapeutique obstétricale ? »

I. — La symphyséotomie.

La symphyséotomie ne mérite pas l'ostracisme à peu près total dont elle est l'objet dans la pratique de nombre d'accoucheurs.

A. — Certes, en présence d'une dystocie pelvienne prévue comme certaine ou probable, il n'est plus question d'opposer symphyséotomie et césarienne et de discuter le choix à faire entre ces deux modes de

conduite, comme on le faisait il y a une quarantaine d'années.

La césarienne pratiquée dans de bonnes conditions, en temps opportun, après une raisonnable épreuve du travail, apparaît à presque tous les accoucheurs comme la conduite de choix et l'a définitivement emporté.

Pratiquée ainsi, sans expectative excessive, et sans trop tarder après la rupture des membranes, la césarienne ne donne plus qu'une faible mortalité et a un pronostic assez favorable.

La symphyséotomie n'a certainement pas une mortalité plus grande, au contraire ; mais les dégâts des parties molles qu'entraîne parfois l'écartement des pubis, dans la symphyséotomie classique, la gêne et les troubles de la station et de la marche qu'on peut observer à sa suite, constituent des infirmités plus ou moins prolongées qui ont beaucoup détourné les accoucheurs de cette opération.

B. — Cependant il y a des cas où l'éventualité d'une dystocie pelvienne est peu apparente, où l'accoucheur a cru pouvoir escompter l'accouchement naturel, et où cependant, le col étant arrivé à sa dilatation complète, on constate que la tête ne descend pas malgré l'insignifiance de l'obstacle pelvien.

Dans ces cas, *la symphyséotomie à la Zarate* est une ressource précieuse. Elle ne donne qu'un faible écartement des pubis, mais qui suffit dans ces cas de disproportion très légère, à peine perceptible, entre la tête fœtale et le bassin.

A sa suite on voit habituellement la tête rapidement s'engager et l'expulsion se faire spontanément et vite, dans la grande majorité des cas.

Le pronostic est bénin et ne saurait être comparé à celui, très réservé, d'une césarienne tardive faite après un long travail et souvent longtemps après la rupture des membranes.

D'autre part, dans cette variété de symphyséotomie, on n'observe pas de troubles consécutifs de la station et de la marche, grâce à l'intégrité du ligament arqué sous-pubien qui évite un écartement notable du pubis.

La symphyséotomie mérite donc de conserver une place modeste, mais réelle — quoique d'exception — dans la pratique obstétricale.

II. — La pubiotomie.

La pubiotomie, en dépit des quelques avantages qu'elle présente peut-être sur la symphyséotomie, n'est qu'une variante passible des mêmes reproches et ne saurait, pas plus qu'elle, subir la comparaison avec la césarienne comme opération de choix dans la dystocie pelvienne. Et l'existence d'une présentation du siège impossible à transformer par version, coïncidant avec un bassin rétréci, doit faire pencher pour la césarienne, pour peu qu'une dystocie puisse paraître à craindre. Une épreuve du travail dans cette variété de présentation ne pouvant être réalisée efficacement, ni donner aucune directive thérapeutique au sujet du passage de la tête.

Cependant la pubiotomie garde une application dans certains cas d'accouchement par le siège.

Ce sont ceux où l'on croit pouvoir escompter le passage d'un enfant — se présentant par le siège et ne paraissant pas trop volumineux — à travers un bassin peu rétréci.

Pour se mettre à l'abri d'une difficulté d'extraction de la tête dernière, au cas où l'on aurait été trop optimiste dans ses prévisions, il convient de placer, à la fin de l'accouchement, avant la sortie du fœtus, un fil-scie de Gigli derrière un des pubis, comme le préconise M. Cathala. Fil-scie qu'on enlève sans scier l'os aussitôt après la sortie du fœtus, si l'extraction de la tête dernière s'est faite sans difficulté, mais avec lequel on pourra rapidement scier le pubis si l'on éprouve quelque résistance à cette extraction.

OBSERVATIONS DU SERVICE

Nous reproduisons dans cette thèse la série intégrale des observations de symphyséotomies et de pubiotomies qui ont été pratiquées dans le service de M. le Professeur agrégé Paul Guéniot.

Ces observations proviennent de la Maternité de Port-Royal (pavillon Chaussier) et de la Maternité de l'hôpital Bretonneau, et elles s'échelonnent de l'année 1932 à l'année 1936.

Ce sont des observations de pelvitomies pratiquées en série continue et ne relatant pas des cas choisis.

Plusieurs de ces observations proviennent de symphyséotomies faites par M. le Docteur Séguy, assistant du Service. Nous tenons à lui exprimer ici tous nos remerciements.

A. — Symphyséotomies.

Obs. I (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*),
— 1932, N° 165.

1^{re} geste ayant rompu ses membranes dix-sept heures avant le début du travail et dont le bassin paraît normal.

Douze heures après le début du travail, la tête est

fixée au détroit supérieur en présentation du front, ne débordant pas.

La dilatation est de petite paume. Température = 37°4. Liquide fortement teinté de méconium. Bruits du cœur fœtal bons.

Quinze heures après le début du travail, la situation est la même. Les contractions utérines sont peu intenses, les bruits du cœur sont un peu irréguliers. Le liquide toujours très teinté.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Très vite les contractions reprennent, la tête descend et se défléchit en face; les bruits du cœur sont sourds, mais perçus.

Six heures et demie après la symphyséotomie accouchement en M. P. d'une fille pesant 2.250 grammes, qui n'a pu être ranimée.

Délivrance normale complète.

La femme sort en très bon état dix-neuf jours après l'accouchement.

Obs. II (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).
— 1933, N° 452.

II^e geste (première grossesse terminée par césarienne basse pour placenta prævia et procidence du cordon. Enfant mort).

Cette femme a un bassin qui a paru normal.

Au bout de vingt-six heures de travail irrégulier (phases de contraction et de repos alternées), le col est épais, mais souple et dilaté comme une petite paume.

La tête est élevée, n'appuyant pas sur le col. Bruits du cœur perçus; température=37°2. On rompt artificiellement les membranes.

Six heures après la rupture des membranes, la tête est toujours élevée. Grâce à une bosse séro-sanguine volumineuse, elle appuie sur le col qui est dilaté à grande paume, mais reste toujours épais. Température = 38°.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Trente minutes après, la dilatation est complète, mais la tête reste à la partie supérieure de l'excavation.

Trois heures après, malgré 1/2 centimètre cube d'hypophyse, la tête reste élevée. On fait un forceps (Séguy) en G. A. qui permet d'extraire un enfant de 3.750 grammes facilement ranimé. Le ligament arqué est absolument intact après l'extraction.

La délivrance est spontanée. On note une insertion basse du placenta qui explique vraisemblablement la non-descente de la tête.

La femme sort en très bon état vingt et un jours après la symphyséotomie, l'enfant pesait à ce moment 4.025 grammes.

Obs. III (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1933, N° 464.

II° geste (premier accouchement terminé par forceps très pénible. Hémorragie méningée de l'enfant pesant 3.550 grammes qui, âgé de 5 ans, a une hémiplégie droite).

Cette femme a un bassin relativement peu touché.

Promontoire bas, saillant à 10 cm. 9, sacrum à concavité diminuée.

Six heures après le début du travail, la tête est fixée au détroit supérieur, la dilatation grande paume. On rompt artificiellement les membranes.

Huit heures après le début du travail, la situation est exactement la même, mais il y a une grosse bosse séro-sanguine et un début d'œdème du col, surtout prononcé sur la lèvre antérieure.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy) et en même temps une incision de deux centimètres sur la lèvre antérieure du col œdématiée. Dix minutes après, expulsion d'un garçon de 3.340 grammes.

Délivrance spontanée.

La femme sort en très bon état vingt-deux jours après la symphyséotomie. L'enfant pesait 3.460 gr. à la sortie.

Obs. IV (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).
— 1933, N° 540.

IV° geste ayant eu trois accouchements spontanés d'enfants vivants, dont le plus gros pesait 3.500 gr.

Bassin avec un promontoire accessible à 10 cm. 7, bas situé et peu saillant.

Au bout de neuf heures de travail, la dilatation est complète, mais la tête est toujours très élevée. On rompt artificiellement les membranes.

Quatre heures après la rupture des membranes, la tête est toujours très élevée. Le col est revenu à petite paume. Les contractions utérines sont faibles. On fait 1/2 centimètre cube d'hypophyse.

Six heures après la rupture des membranes, malgré de bonnes contractions, la tête reste fixée au détroit supérieur.

Le col est toujours à la dilatation petite paume, mais il est épaissi.

Symphyséotomie de Zarate (Guéniot).

Quarante minutes après, accouchement d'un enfant de 3.760 grammes (bipariétal 9,5). Délivrance spontanée.

La femme est sortie vingt-deux jours après l'accouchement en très bon état. L'enfant pesait à ce moment 3.910 grammes.

Obs. V (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1933, N° 1016.

III^e geste. Premier enfant mort pendant le travail. Deuxième enfant vivant.

Cette femme a un bassin légèrement touché : promontoire accessible à bout de doigt. Bonne excavation.

En quatre heures de travail, dilatation petite paume.

En douze heures de travail, dilatation grande paume. A ce moment, rupture spontanée de la poche des eaux. Le liquide est purée de pois. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La tête fœtale est bien fixée au détroit supérieur en D. T. La température = 37°4.

Devant cette souffrance fœtale certaine, on décide de faire une application de forceps. Mais en plaçant les cuillers du forceps, on s'aperçoit qu'on mobilise

la tête et d'autre part qu'il reste une collerette de col autour de la tête fœtale. Dans ces conditions, le forceps paraît devoir être trop pénible et trop traumatisant pour l'enfant.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Cinq minutes après, accouchement spontané d'un enfant facilement ranimé, pesant 3.400 grammes (bi-pariétal 9,5).

La femme est sortie en très bon état le dix-huitième jour après l'accouchement.

L'enfant pesait alors 3.800 grammes.

Obs. VI (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1933, N° 1290.

IV^e geste ayant accouché d'enfants vivants de 3.000 grammes.

Cette femme a un bassin un peu rétréci : promontoire accessible à 10 cm. 7, léger faux-promontoire sacré.

Rupture spontanée des membres au début du travail.

Dix heures après la rupture, dilatation 2 francs. Tête élevée fixée au détroit supérieur. Contractions utérines toutes les 4 minutes.

Vingt-trois heures après la rupture des membranes : dilatation 5 francs, col souple, mais œdémateux. Contractions utérines toutes les 3 à 5 minutes durant 45 secondes. Tête élevée. Bruits du cœur fœtal perçus. Température = 37°6.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Trente minutes après accouchement spontané, enfant de 3.140 grammes. Le dégagement se fait en O. S. Délivrance normale.

La femme sort vingt-trois jours après son accouchement en très bon état.

L'enfant pesait alors 3.400 grammes.

Obs. VII (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1933, N° 1292.

II^e geste ayant accouché après travail long et par forceps d'un enfant de 3.700 grammes.

Cette femme a un bassin normal.

Rupture spontanée des membranes au début du travail.

Treize heures après le début du travail la tête reste fixée au détroit supérieur très élevé.

La dilatation du col est à grande paume. La languette de col qui reste est œdématiée, surtout en avant et en arrière.

Grosse bosse séro-sanguine.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

La tête descend dans l'excavation, mais les contractions sont très faibles. On fait 1/2 lobe d'hypophyse postérieur.

Une heure après, accouchement spontané : garçon de 3.320 grammes ranimé après cinq minutes de soins.

Délivrance spontanée.

La femme sort en bon état au bout de vingt-quatre jours.

L'enfant pesait alors 3.820 grammes.

Obs. VIII (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaus-sier*). — 1933, N° 1400.

V° geste ayant accouché normalement d'enfants pesant 3.700-3800 gr.

Cette femme a un bassin normal.

Une sage-femme de ville lui fait au début du travail, à deux reprises, une injection de 1 centimètre cube d'hypophyse postérieure.

A son entrée dans le service, membranes rompues depuis dix heures, contractions utérines toutes les cinq minutes, durant trente secondes. Sommet appliqué sur le détroit supérieur, mobilisable. Dilatation entre 2 francs et 5 francs. Température = 37°9.

Au bout de 48 heures, après la rupture des membranes : tête toujours élevée, fixée au détroit supérieur, mal fléchie, prenant mal contact avec le col. Contractions utérines répétées, mais non efficaces.

Col épais, dilaté comme 5 francs.

Liquide amniotique fortement teinté et fétide.

Bruits du cœur fœtal perçus. Température = 38°. Grande fatigue générale.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Quarante minutes après, accouchement spontané, enfant de 4.025 grammes, ranimé après cinq minutes de respiration artificielle.

Délivrance spontanée.

La femme est sortie bien portante quinze jours après la symphyséotomie. L'enfant pesait alors 4.350 grammes.

Obs. IX (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1934, N° 49.

II^e geste ayant accouché en 1920 à la Maternité d'un enfant de 4.400 grammes.

Cette femme a un bassin normal.

Au bout de quatorze heures de travail, la dilatation est stationnaire à un franc, malgré de bonnes contractions, par agglutination du col, qui est traitée par vrillage au doigt.

Au bout de vingt et une heures de travail, on rompt artificiellement les membranes, la dilatation étant entre petite et grande paume et la tête toujours élevée.

Au bout de vingt-quatre heures de travail, trois heures après la rupture le col s'œdématié et les bruits du cœur fœtal deviennent très rapides.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

La tête descend, prend contact avec le col, mais semble retenue par lui qui est œdématié et dur. On juge préférable de faire immédiatement une incision du col, antérieur et postérieur. Injection de 1/2 lobe d'hypophyse postérieur.

Quarante-cinq minutes après l'ouverture de la symphyse, accouchement spontané d'une fille vivante pesant 4.500 grammes.

Délivrance spontanée.

La femme est sortie en bon état au bout de vingt-deux jours.

L'enfant pesait alors 4.900 grammes.

Obs. X (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1934, N° 103.

1^{re} geste. Cette femme a un bassin normal.

Au bout de dix-sept heures de travail rupture spontanée des membranes. Liquide très teinté de méconium, mais les bruits du cœur sont bons.

La tête est fixée au détroit supérieur, ne débordant pas la symphyse.

La dilatation du col est revenue à petite paume.

Le rejet de méconium faisant penser à une souffrance fœtale, on décide une heure après la rupture de hâter l'accouchement, la tête restant toujours élevée et le liquide amniotique étant très teinté.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Deux heures après, accouchement spontané, enfant de 3.680 grammes, ranimé au bout de dix minutes de soins.

Délivrance naturelle complète.

La femme sort en bon état au bout de 19 jours.

L'enfant pesait alors 3.950 grammes.

Obs. XI (*Maternité de Port-Royal. Pavillon Chaussier*).

— 1934, N° 113.

1^{re} geste. Cette femme a un bassin légèrement rétréci : promontoire saillant accessible à 10 cm. 6. Bon sacrum.

Rupture spontanée des membranes au début du travail.

Treize heures après la rupture : tête fixée au détroit supérieur, tangeante à la symphyse, ne débordant pas la symphyse.

dant pas. Chevauchement marqué des pariétaux et grosse bosse séro-sanguine.

Col dilaté comme 5 francs, épais mais mou.

Température = 37°5.

Symphyséotomie de Zarate (Séguy).

Quarante-cinq minutes après, accouchement spontané, fille vivante pesant 3.300 grammes (bi-pariétal = 9).

Délivrance normale complète.

Dans les suites de couches, la femme fait une périphlébite gauche assez prononcée.

La femme sort en bonne santé quarante-cinq jours après l'accouchement.

L'enfant pesait alors 4.100 grammes.

Obs. XII (*Hôpital Bretonneau*). — 1935, N° 714.

P..., 35 ans, IV^e-pare, entre à l'hôpital le 16 juin 1935. Elle a eu trois accouchements : le premier terminé par forceps, a mis au monde un enfant de 2.600 grammes, bien portant ; les deux suivants ont eu lieu spontanément et donné naissance à un enfant de 3.050 grammes, et un enfant de 2.350 grammes, celui-ci ranimé et décédé à 11 mois de broncho-pneumonie.

Elle a subi une appendicectomie et une cholécystectomie en 1929 et 1930.

Les dernières règles datent du 2 au 4 septembre. Présentation de la tête très haute, mobile ; dos à droite. Léger faux promontoire.

Le 20 juin, à 0 h. 30, rupture spontanée des membranes ; contractions douloureuses ; col long, fermé.

Le 21 juin, à 13 heures : Tête mobile élevée ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche ; col fermé à l'orifice interne ; écoulement continu de liquide amniotique d'aspect normal. Bandage sur l'abdomen.

A 16 heures : Contractions douloureuses plus fortes ; tête toujours très haute ; col perméable à l'orifice interne.

A 20 h. 45 : Le col perméable à deux doigts a encore presque toute sa longueur. Contractions énergiques toutes les cinq minutes.

A 23 heures : Aucun changement dans l'état du col et la situation de la tête.

A 2 heures du matin (22 juin) : Les contractions s'espacent. Il en est ainsi pendant toute la nuit, et la patiente repose un peu.

A 7 heures : Même état du col, même situation de la tête. Pouls à 88. Température = 37°. Les bruits du cœur foetal se maintiennent.

A midi, M. Séguy décide d'intervenir. La situation est la suivante : rupture des membranes datant de 60 heures ; liquide amniotique commençant à s'altérer, non fétide ; température = 37°8 ; tête très élevée au détroit supérieur, prenant mal contact avec le col, qui est souple, dilatable comme deux francs ; les contractions utérines ont cessé ; placenta inséré bas sur le segment inférieur (face postérieure).

M. Seguy pratique une *symphyséotomie suivant le procédé de Zarate*.

Ecartement de la symphyse pubienne d'un centimètre environ.

Injection de post-hypophyse. La femme a de violentes contractions. La tête mobile au-dessus du détroit supérieur, descendant très peu. La dilatation progresse lentement, atteignant une paume de main.

A midi 45, les bruits du cœur fœtal s'accélèrent. La tête est un peu descendue.

M. Séguy décide une application de forceps, qui est pratiquée au détroit supérieur sur la tête peu fixée, en position transverse, avec un col dilaté comme une paume de main et très souple.

Extraction assez difficile. Dégagement à 13 h. 15 en O. P. d'un garçon pesant 3.880 grammes, en état de mort apparente, ayant quelques battements cardiaques, mais qu'on ne peut ranimer.

Délivrance artificielle à 13 h. 30 pour hémorragie ; l'examen des membranes confirme le diagnostic d'insertion basse.

L'examen de la femme montre : 1° une rupture du ligament arqué sous-pubien avec écartement de la symphyse ; 2° des déchirures latérales du col remontant jusqu'en haut du dôme vaginal sans atteindre le segment inférieur. Pas de lésions périnéales.

Une ponction lombaire du nouveau-né ramène du sang (hémorragie méningée probable).

Les suites de couches sont normales, à part une faible élévation de température aux environs de 38°, du 25 au 1^{er} juillet.

Le 10 juillet : Essai de mobilisation. Le membre in-

férieur droit est douloureux ; douleur à type sciatique très vive de ce côté. Pas de douleur au niveau du pubis.

Les 12 et 13 juillet: La marche est pénible en raison de la douleur sciatique, cependant atténuée à la jambe, mais qui persiste surtout dans la région fessière. Il n'y a pas de douleurs à la symphyse pubienne ni aux symphyses sacro-iliaques.

Le 19, le 24 juillet : On note, malgré la persistance de la douleur fessière que la marche est plus aisée.

Vers le 20 juillet : La patiente signale de l'incontinence d'urine pour laquelle on lui donne de la strychnine.

Elle quitte l'hôpital le 30 juillet.

La malade est revue en août 1936 : Miction normale. Pas de phénomènes douloureux à la marche, ni à la montée ou la descente des escaliers. Pourtant elle se plaint de souffrir quelquefois d'une sciatique gauche.

Obs. XIII (*Hôpital Bretonneau*). — Année 1935, N° 1095.

R..., 32 ans, entre le 2 septembre 1935 à Bretonneau, où on l'a envoyée à cause d'un bassin rétréci. C'est une VI^e geste.

Elle a eu en 1922 un premier accouchement normal à terme: fille vivante pesant 3.200 grammes, décédée un jour après. En 1923, second accouchement normal à terme : garçon vivant pesant 3.450 grammes décédé à 4 mois 1/2 d'angine phlegmoneuse. En 1928,

avortement de 4 mois 1/2. En 1930, troisième accouchement normal à terme : fille vivante pesant 3.500 grammes. En 1932, quatrième accouchement normal à terme : garçon vivant pesant 3.500 grammes, décédé à 19 mois de broncho-pneumonie.

Dernières règles du 11 au 14 décembre 1934. Présentation d'une tête mobile. Bassin rétréci : promonto-sous-pubien = 9 cm. 3 ; promontoire bas situé ; bonne concavité sacrée ; pas de faux promontoire.

Le 4 septembre, on mesure la hauteur de l'utérus qui remonte à 40 cm. au-dessus du pubis. M. Solente, qui l'examine au point de vue spécificité, note : hydramnios, polymortalité infantile. Antécédent personnel de syndrome psychopathique avec délire ayant motivé l'internement. Il prescrit un traitement spécifique.

Début du travail le 11 octobre 1935, à 9 h. 30. On trouve à 10 h. 30 l'excavation vide, la tête fœtale en bas, mobile, le dos à gauche ; le col dilatable est incomplètement effacé ; les membranes sont intactes.

A 20 h. 45, la dilatation du col est complète. On rompt artificiellement la poche des eaux.

A 23 heures, la tête reste au même niveau sans progresser depuis deux heures ; elle est amorcée dans le détroit supérieur en O. I. G. T., mais non engagée, et présente une bosse séro-sanguine assez volumineuse ; les contractions utérines sont espacées et insuffisantes.

M. Guéniot décide d'intervenir et pratique une

symphyséotomie suivant le procédé de Zarate, en ménageant le ligament arqué que l'on sent parfaitement conservé ; l'écartement des pubis est d'environ 1 cm. Le forceps est appliqué en raison du défaut à peu près absolu de contractions utérines, en prise oblique par rapport au bassin et par rapport à la tête. Celle-ci en O. I. G. T. est saisie par l'instrument comme si on l'appliquait sur une O. I. G. A.

Extraction d'un enfant vivant pesant 4.160 gr.

Dix minutes plus tard, délivrance naturelle complète du poids de 940 grammes.

Deux crins sont mis sur une déchirure incomplète du périnée.

Suites de couches assez bonnes, malgré une élévation de la température pendant les premiers jours avec altération des lochies. Cette élévation de température a atteint 39° le septième et le huitième jours après l'accouchement. Puis la température s'est abaissée, elle est revenue à la normale dès le dixième jour.

Cette accouchée a commencé à se lever le 31 octobre, le vingtième jour après la symphyséotomie. Dès les premiers jours de son lever, elle peut marcher seule, sans appui, très correctement et sans douleur.

Elle quitte l'hôpital le 9 novembre. L'enfant, qui s'accroît d'une façon satisfaisante, pesait le 8 novembre 4.400 grammes.

Obs. XIV (*Hôpital Bretonneau*). — 1936, N° 573.

V..., 26 ans, II° geste, ayant antérieurement accouché chez elle péniblement après un travail d'une du-

rée de 72 heures d'une fille de 6 livres, en octobre 1933 ; entre à l'hôpital Bretonneau le 10 juin 1936.

Dernières règles du 18 au 20 septembre 1935.

Présentation de la tête mobile ; dos à droite. Bassin rétréci : promonto-sous-pubien = 10 cm. 5 ; un faux promontoire sacré.

Le 9 juillet 1936, elle entre en travail vers 8 heures. La tête se présente mobile ; dos à droite ; membranes intactes.

A 18 h. 30 la dilatation est complète ; la poche des eaux bombe ; tête toujours mobile. On rompt les membranes. Liquide teinté de méconium. Bruits du cœur fœtal un peu rapides. La tête s'amorce.

A 19 heures, on note les battements fœtaux à 160.

A 19 h. 30, contractions utérines subintrantes ; spasalgine.

A 20 heures, la tête n'est pas descendue et déborde légèrement.

M. Séguy, prévenu, fait à 20 h. 30 une *symphyséotomie par le procédé de Zarate*.

La tête s'engage immédiatement et à 20 h. 45, sous les efforts expulsifs de la parturiente, naît une fille vivante pesant 3.780 grammes, présentant une dépression sur le pariétal gauche.

Trente minutes après, délivrance naturelle complète.

Suites de couches : légère élévation de la température (maximum 38°7) entre le troisième et le neuvième jours, avec altération des lochies. Se lève au

dix-huitième jour et quitte l'hôpital le vingtième jour (le 29 juillet), marchant bien et sans douleur.

Obs. XV (*Hôpital Bretonneau*). — Septembre 1936.

C... (Suzanne), âgée de 23 ans, entrée à Bretonneau le 10 septembre 1936, a eu une première grossesse en 1934, terminée par de l'éclampsie et une basiotripsie.

Enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles datent du 6 au 11 décembre 1935. Elle présente un promontoire accessible (promonto-sous-pubien = 10 cm. 6), un sacrum un peu plat.

Le 19 septembre 1936, début du travail à 6 heures. A 11 heures : col dilaté comme 5 francs, tête très haute à peine fixée ; poche des eaux intacte. On rompt artificiellement les membranes à 11 h. 20.

A 13 h. 30, la dilatation du col est intermédiaire à une petite et une grande paumes.

A 17 h. 30, la dilatation est presque complète.

A 19 h. 40, la tête ne progressant pas et débordant légèrement au palper mensurateur (la patiente ayant par ailleurs une quantité notable d'albumine dans les urines), M. Séguy décide d'intervenir et pratique une *symphyséotomie par le procédé de Zarate*. Il obtient un écart des pubis d'environ un travers de doigt.

A 20 h. 45, expulsion spontanée d'un garçon vivant, pesant 4.490 grammes et dont le bipariétal mesure 10 cm. 5.

La patiente quitte l'hôpital le 11 octobre, marchant sans douleurs.

Obs. XVI (*Hôpital Bretonneau*). — Décembre 1936.

P..., 23 ans, I^{re} geste, ayant eu ses dernières règles du 13 au 17 février 1936 ; hospitalisée une première fois à la Maternité de Bretonneau en octobre ; y rentre le 7 novembre, et l'on constate un fœtus se présentant par la tête mobile et un bassin rétréci ; promonto-sous-pubien = 10 cm. 9 ; un petit faux promontoire sacré.

Entre en travail le 13 décembre 1936, à 14 heures. Tête mobile ; membranes intactes. On fait l'épreuve du travail.

A 17 h. 30, la tête fœtale tend à se fixer ; elle ne semble pas déborder le plan de la symphyse ; membranes intactes ; dilatation du col comme 5 francs.

A 19 h. 15, rupture spontanée des membranes ; liquide fortement teinté de méconium ; bruits du cœur fœtal un peu lents ; dilatation du col comme grande paume.

A 20 heures, l'interne, en raison des bruits du cœur du fœtus ralentis, irréguliers, soufflants, fait une tentative d'application de forceps sur la tête qu'il croit à peu près engagée, qui est en réalité encore dans la partie haute de l'excavation. La tête se trouve refoulée dans cette tentative de forceps qui reste infructueuse. Il prévient M. Guéniot qui, trouvant la tête dans le détroit supérieur et seulement s'amorçant, mais non engagée, constatant que les bruits du cœur fœtal sont maintenant normaux, et estimant que l'extraction par le forceps seul de cette tête qui ne déborde pas la symphyse mais est très tangente,

sera scabreuse et pleine de risques pour l'enfant, pratique une *symphyséotomie suivant le procédé de Zarate*, en ménageant le ligament arqué. Il applique ensuite, la femme n'ayant guère de contractions, le forceps sur le sommet orienté en O. I. G. T. en faisant une prise oblique sur la tête, qui descend sans trop de difficulté, les pubis présentant un écartement admettant juste le bout de l'extrémité de l'index. Épisiotomie.

Extraction d'un garçon pesant 4.050 grammes, ayant un diamètre bipariétal mesurant 10 cm. 3, qui est complètement ranimé après 20 minutes de soins.

Après la délivrance, on constate que le col, qui n'était pas complètement dilaté mais présentait encore un rebord circulaire perceptible tout autour de la tête, a deux grandes déchirures, l'une sur son bord droit atteignant le cul-de-sac vaginal, l'autre sur son bord gauche un peu moins étendu, et qu'il y a une déchirure longitudinale de la paroi postérieure du vagin atteignant le cul-de-sac vaginal. Ces déchirures cervicales et vaginales sont suturées avec du catgut. Suture de l'épisiotomie.

Suites immédiates excellentes. Le lendemain matin, 14 décembre, température = 38°1, pouls 70 ; le soir, température = 37°9.

La malade, qui avait uriné spontanément et normalement depuis l'opération, présente un peu d'incontinence d'urine. On lui fait prendre de la génystrychnine qui amène une nette amélioration.

B. — Pubiotomies.

Obs. I (*La Maternité. Pavillon Chaussier*). — Année 1933, N° 716.

L..., 27 ans, 1^{re} geste ; dernières règles du 25 au 29 octobre 1932. Entre en travail le 11 juillet 1933, à 7 heures. A l'examen on trouve : utérus très anté-versé ; bassin rétréci ; promonto-sous-pubien : 10 cm. 6.

Fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses, fixé au détroit supérieur ; col dilaté du diamètre d'une grande paume de main, membranes intactes.

A 11 h. 10, rupture spontanée de la poche des eaux, le liquide est teinté de méconium.

A midi 25, sous anesthésie au mélange de Schleich. M. Guéniot place un fil-scie de Gigli d'attente. Il cherche, sans y réussir, à abaisser le pied antérieur par une manœuvre de Mantel-Pinard. Il place alors un lacs sur le pli de l'aine antérieur, et en se faisant aider par de l'expression, il dégage le siège. Dégagement difficile des deux membres supérieurs. La tête dernière est défléchie et il est impossible d'atteindre la bouche ; il est impossible de dégager la tête.

M. Guéniot scie alors le pubis gauche et extrait un garçon en état de mort apparente, ranimé au bout de 45 minutes de soins habituels et pesant 2.900 gr.

Grosse déchirure du périnée avec désinsertion de la paroi postérieure du vagin ; réfection périnéale aux catguts et aux crins.

Suites de couches un peu fébriles pendant une se-

maine (maximum 38°4). Le périnée ne reprend pas.

Cette femme commence à se lever le 30 juillet et quitte l'hôpital le 2 août avec son enfant qui se développe bien (3.395 grammes).

M. Guéniot lui a réparé secondairement son périnée le 16 novembre (colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie).

Obs. II (*Hôpital de la Maternité. Pavillon Chaussier*).

— N° 852. Année 1933.

O... (Eva) 32 ans, IV^e geste, a accouché une première fois d'un enfant mort se présentant par l'épaule ; une deuxième fois normalement d'un enfant vivant décédé au bout de trois jours ; enfin a eu une fausse-couche d'un mois.

Les dernières règles sont du 6 au 11 novembre 1932.

Elle entre en travail le 16 août 1933 à 1 heure. Elle est admise dans le service à 10 h. 15 et on constate à l'examen : hauteur de l'utérus au-dessus du pubis, 33 centimètres ; utérus bicorne très tendu (excès de liquide) ; excavation pelvienne vide ; présentation (qui paraît une tête ?) au détroit supérieur ; col dilaté comme 5 francs ; poche des eaux qui bombe ; bassin rétréci : diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 5.

A 11 h. 30, à la dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux ; liquide normal ; on constate que la présentation est un siège élevé.

M. Guéniot fait poser par M. Séguy, assistant du

Service, un fil-scie de Gigli d'attente. La femme ne pousse pas. On procède à l'extraction de l'enfant. Episiotomie unilatérale, puis on dégage le tronc. La pubiotomie est rendue nécessaire par le non-engagement de la tête dernière. Manœuvre de Mauriceau. Extraction d'une fille pesant 3.720 grammes, en état de mort apparente (forme blanche) et qu'on n'arrive pas à ranimer malgré deux heures de soins (bains, respiration artificielle, adrénaline intra-cardiaque). L'enfant n'a fait qu'une seule inspiration. Il y a, il est vrai, soupçon de syphilis.

Suites de couches bonnes. Cette femme commence à se lever le 31 août et quitte la Maternité le 3 septembre.

Obs. III (*La Maternité. Pavillon Chaussier*). — Année 1933, N° 387.

S... (Odette), 19 ans, I^{re}-pare, entrée dans le service le 21 mars 1933.

Dernières règles le 5 juin.

Présentation du siège, qu'on n'arrive pas à transformer en présentation céphalique.

Bassin rétréci : promonto-sous-pubien, 11 cm. Diamètre externe : bis-épineux antérieur, 21 cm. 5 ; bis-crêtes iliaques, maximum 27 cm.

Début du travail le 15 avril à 8 heures. Utérus remonte à 34 cm. au-dessus du pubis.

A 16 h. 15, la dilatation du col étant complète, M. Guéniot place un fil-scie de Gigli d'attente. Le siège complet progresse rapidement et à 16 h. 50 il

extrait facilement par une manœuvre de Mauriceau un garçon vivant pesant 2.960 gr., ayant un diamètre bi-pariétal mesurant 8 cm. 9, sans avoir besoin de scier le pubis.

Trente minutes après, délivrance naturelle complète.

Suites de couches normales, apyrétiques (température maximum = 37°5).

(Dans cette observation, la section du pubis n'a pas été nécessaire.)

Obs. IV (*Hôpital Bretonneau*). — 1936, N° 384.

B..., 1^{re}-pare de 23 ans. Opérée d'appendicite il y a un an. Entre à Bretonneau le 11 avril 1936, enceinte de 8 mois. Dernières règles : début d'août.

Elle présentait à son entrée dans le service une température à 39°6. A l'examen on trouve : un utérus remontant à 33 cm. du pubis. Une tête mobile au détroit supérieur. Un bassin rétréci : promonto-sous-pubien : 11,2.

Les jours suivants on constate de la pyurie et à deux reprises, le 14 et le 19 avril, en présence de nouvelles poussées thermiques au-dessus de 38°, elle reçoit chaque fois 20 cc. de sérum anti-colibacillaire de Vincent. Température normale et traitement médical les autres jours.

Le 11 mai : Elle accuse des contractions utérines et est mise à la salle de travail à 5 heures du matin. La tête est restée mobile. Dos à droite. Dilatation petite paume. Poche des eaux qui bombe.

A 6 h. 15 : Dilatation complète. On rompt artificiellement les membranes. Liquide amniotique normal.

A 6 h. 30 : Sous l'action des contractions et des efforts expulsifs, la tête se fléchit et s'oriente en O. I. D. P.

A 11 heures : L'enfant restant toujours en bon état, avec 120 contractions cardiaques à la minute, le sommet amorcé, mais l'engagement ne se faisant pas, M. Guéniot se décide à pratiquer une symphyséotomie selon le procédé de Zarate.

Le bistouri enfoncé au niveau de la symphyse rencontre un tissu ossifié (?) qui s'oppose à poursuivre la section du cartilage. Dans ces conditions, obligé de renoncer à cette section, et la tête paraissant tangente plutôt que débordante, M. Guéniot essaie prudemment de l'extraire au forceps sans section du bassin. La tête ne descend pas.

Il se décide alors à faire une pubiotomie, sur le pubis gauche, en sectionnant l'os à égale distance de la symphyse et de l'épine du pubis.

Application de forceps. La patiente n'ayant pas de contractions utérines. La tête descend immédiatement avec un écartement des fragments pubiens d'environ un travers de doigt. Episiotomie pour dériver une déchirure du périnée qui commençait à se faire. Extraction à 12 h. 40 d'un enfant du sexe masculin pesant 3.125 grammes. Ranimé après quelques minutes de soins. Bi-pariétal : 9,2.

Délivrance naturelle complète pesant 550 gr. Vérification de l'état du col. Réfection du périnée.

Dès le lendemain, on constate un écoulement d'urine se faisant par la plaie sous-pubienne. On installe une sonde à demeure. La malade présente de la température: 38°-39°, atteignant même 39°8 le surlendemain de l'accouchement. Les urines sont infectées et purulentes. Traitement par les amphi-vaccins.

A bout de quelques jours on s'aperçoit, lorsque la sonde à demeure est changée, que l'urine sort très abondamment par la plaie sus-pubienne, de même qu'un liquide coloré injecté dans la vessie par l'urètre. La communication de la vessie avec la plaie sus-pubienne s'avère comme une très large déchirure. En outre il sort du pus par la même plaie, dénotant un foyer infecté local.

Le 23 mai : Alors que la température était redevenue normale le 22, elle se met à remonter.

Le 25 mai : Apparaît une phlébite du membre inférieur gauche. Le même jour un urologue, M. Godard, qui suivait également la malade depuis plusieurs jours, pratique une cystostomie sus-pubienne. Il constate dans l'espace prévésical un foyer de suppuration du côté droit qui se drainait mal par la plaie sus-pubienne gauche, et une large déchirure vésicale du diamètre de deux bons centimètres.

Application d'un drain dans la brèche vésicale, d'un autre dans le foyer de suppuration prévésical et fermeture de la plaie post-opératoire par plusieurs crins.

Sonde urétrale à demeure. Immobilisation pour la phlébite. A la suite de la cystostomie, la température

s'abaisse. La suppuration continue en s'améliorant progressivement.

Le 3 juin : En changeant le pansement on aperçoit un séquestre osseux, qu'on retire et on pense qu'il provient du fragment interne du pubis sectionné. Cette élimination est suivie d'une rapide diminution et de la cessation de la suppuration.

Le 4 juillet : La sonde à demeure peut être enlevée définitivement, la vessie se montrant alors continente.

Le 26 juillet : La malade commence à se lever, ayant dû être maintenue au lit jusqu'alors à cause de sa phlébite. Dès le premier jour, elle peut tenir debout, marcher et même se tenir sur un seul pied sans aucune douleur.

Le 24 juillet : Nouvelle élévation de la température à 40°, imputable à une poussée de pyélonéphrite: les urines n'ayant jamais cessé d'être purulentes.

Août 1936 : La malade a non seulement des mictions spontanées et volontaires, mais malgré la lésion très importantes qu'a présentée la vessie, et la cicatrice qui doit en résulter, ses mictions ne sont pas anormalement rapprochées et la capacité vésicale est considérable puisqu'on a pu mesurer une miction atteignant environ 450 cc. d'urine.

La malade quitte l'hôpital en état satisfaisant, marchant bien, le 29 septembre, et va en convalescence dans son pays.

ANALYSE DES OBSERVATIONS DU SERVICE

A. — Symphyséotomie.

I. — CONDITIONS D'INTERVENTION.

1° Parité : quatre primipares, douze multipares.

2° Durée du travail : 15 heures, 32 h., 8 h., 15 h., 12 h., 23 h., 13 h., 48 h., 24 h., 18 h., 13 h., 60 h., 14 h., 13 h., 7 h.

3° Présentation : front, une fois ; sommet, quinze fois.

4° Manœuvres obstétricales antérieures :

a) Application de forceps : deux fois ;

b) Incision du col : deux fois pour œdème du col.

5° Terminaison de l'accouchement :

a) Forceps : quatre fois ;

b) Accouchement spontané : douze fois.

6° Temps séparant la symphyséotomie de l'expulsion (spontanée) :

a) Primipares : 6 h. 30, 2 heures, 45 minutes ;

b) Multipares : 10 minutes, 40 minutes, 5 minutes, 30 minutes, 1 heure, 40 minutes, 40 minutes, 15 minutes.

II. — RÉSULTATS FŒTAUX.

1° Mortalité : un cas.

2° Morbidité : 5 enfants ont été assez facilement ranimés. Un des enfants présentait une dépression sur le pariétal gauche.

III. — RÉSULTATS MATERNELS.

1° Mortalité : nulle.

2° Morbidité :

a) Troubles urinaires : légère incontinence qui disparaît très vite (Obs. XII et XVI) ;

b) Déchirure des parties molles :

deux fois : déchirures du col remontant jusqu'au dôme vaginal (mais forceps) ;

déchirure de la paroi postérieure du vagin (forceps) ;

une déchirure incomplète du périnée ;

c) Suites de couches fébriles :

Légère élévation thermique : 38° (Obs. XII, XIII, XIV) ;

d) Troubles de la marche :

Observation XII. Mais applications de forceps et rupture du ligament arqué sous-pu-bien. Assez vite la marche devient normale.

3° Date à laquelle les opérées ont quitté l'hôpital :

19° jour, 21° jour, 22° jour, 18° jour, 20° jour, 24° jour, 15° jour, 22° jour, 19° jour, 45° jour (périphlébite) ;
1 mois 1/2 (rupture du ligament arqué), 1 mois, 20° jour.

B. — Pubiotomie.

I. — CONDITIONS D'INTERVENTION.

1° Parité :

- a)* Primipare : une ;
- b)* Multipares : trois.

2° Durée du travail : 12 h. 30, 10 h. 30, 7 h. 40.

3° Présentation :

- a)* Céphalique : une ;
- b)* Siège : trois.

4° Manœuvres obstétricales antérieures :

Pose d'un lacs sur le pli de l'aîne antérieure et
dégagement du siège (Obs. I) ;

Essai de symphyséotomie de Zarate qui échoue.

5° Terminaison de l'accouchement :

- a)* Forceps : une fois ;
- b)* Manœuvres habituelles pour l'extraction d'un
siège.

II. — RÉSULTATS FŒTAUX.

1° Mortalité : un (suspect de syphilis).

2° Morbidité : deux enfants ranimés.

III. — RÉSULTATS MATERNELS.

1° Mortalité : nulle.

2° Morbidité :

- a)* Troubles urinaires : incontinence d'urine. Lésion de la vessie (Obs. IV) ;

- b)* Déchirures des parties molles : déchirures du
périnée avec désinsertion de la paroi posté-

rieure du vagin (Obs. I) ; lésion du périnée (épisiotomie) (Obs. IV).

c) Suites de couches fébriles (Obs. I et IV) ;

d) Troubles de la marche : nuls.

3° Date à laquelle les opérées ont quitté l'hôpital :
22^e jour, 18^e jour, 3^e mois (mais lésions vésicales
et phlébite).

TECHNIQUE

A. — Symphyséotomie.

(PROCÉDÉ DE ZARATE)

Un bistouri dont le tranchant est tourné en bas est enfoncé d'avant en arrière sur la ligne médiane juste au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne dont on doit ménager le ligament supérieur. Le bistouri ponctionne le tégument et pénètre dans le cartilage interpubien. On va alors, en basculant le manche vers le haut et par de petits mouvements de l'instrument, faisant agir peu à peu le tranchant de haut en bas et d'arrière en avant, sectionner progressivement tout le cartilage, mais en veillant à conserver, lorsqu'on arrive à l'extrémité inférieure de la symphyse, le fort ligament inférieur (ligament arqué, *arcuatum*) qui constituera un frein s'opposant à trop d'écartement des pubis.

Pendant cette section du cartilage, l'index de la main restée libre, introduit dans l'orifice vulvo-vaginal, refoule de côté les tissus de la paroi antérieure de cet orifice et l'urètre, pour que celui-ci soit plus sûrement mis à l'abri.

Pour le travail du bistouri sectionnant de proche en proche le cartilage symphysaire, M. Guéniot a

l'habitude d'employer un bistouri boutonné, qu'il substitue au bistouri ordinaire dès que celui-ci ayant ponctionné le tégument a été introduit dans le cartilage. En remplaçant le bistouri ordinaire par le bistouri boutonné, on peut agir pour couper le cartilage avec plus de sécurité, sans risque d'échappée de la pointe qui aille léser les vaisseaux veineux situés en arrière de la symphyse.

Lorsque le cartilage est sectionné dans toute sa hauteur, les deux pubis s'écartent, mais très modérément, d'un centimètre, d'un petit travers de doigt, si l'on a pris soin, comme on le doit, de garder intact le ligament supérieur et surtout le fort ligament inférieur de la symphyse, le ligament arqué.

On peut alors soit laisser la tête fœtale s'engager seule et l'accouchement se faire spontanément, soit extraire le fœtus, en général par forceps.

Dans presque toutes nos observations, on a laissé l'expulsion se faire spontanément. La tête fœtale s'est engagée en général assez vite après la section de la symphyse, et l'accouchement spontané est survenu dans un délai de temps assez court.

Un simple crin de Florence suffit à rapprocher les lèvres de la petite plaie faite par le bistouri allant ponctionner le cartilage symphysaire.

Dans une de nos observations, M. Guéniot, après avoir enfoncé le bistouri dans le cartilage interpubien, éprouva une résistance qui l'empêcha d'achever la section de ce cartilage. Il pensa que la symphyse était ossifiée. Il pratiqua alors une pubiotomie.

En réalité, une radiographie faite après guérison montra qu'il existait un espace clair entre les deux pubis, qu'il n'y avait donc pas d'ossification de l'espace interpubien.

Il faut plutôt penser qu'il existait une irrégularité de cet espace à cause de laquelle le bistouri buta contre un des pubis et fut ainsi arrêté dans la tentative de section du cartilage.

B. — Pubiotomie.

Dans les pubiotomies, M. Guéniot a opéré de la manière suivante: petite incision juste au-dessus d'un des pubis, mettant à nu le bord supérieur de celui-là entre l'angle du pubis et l'épine pubienne. Entre l'angle et l'épine, un passe-fil courbe de Gigli est alors insinué derrière et au contact immédiat du pubis, pendant qu'un doigt de l'autre main introduit dans le vagin sent et suit la progression du passe-fil le long et au ras de la paroi postérieure du pubis ; passe-fil dont l'extrémité vient soulever le tégument juste au-dessous de la branche ischio-pubienne à la hauteur du milieu de la fente vulvaire. Une boutonnière est faite aux téguments à ce niveau et il permet la sortie de l'extrémité du passe-fil, auquel on adapte un fil attaché lui-même au fil-scie de Gigli.

Le passe-fil est alors ressorti par la petite incision supérieure et entraîne le fil-scie avec lequel on scie le pubis suivant un trait oblique de haut en bas et de dedans en dehors, partant à égale distance de

l'angle et de l'épine du pubis et aboutissant en bas au niveau de la petite incision inférieure.

Ces deux petites incisions sont fermées chacune par un ou deux crins.

Après la symphyséotomie, comme après la pubiotomie, on sangle le bassin au moyen d'un bandage de corps bien serré étreignant les deux os iliaques et les deux régions trochantériennes pour maintenir les pubis aussi rapprochés que possible.

CONCLUSIONS

I. — Dans la dystocie pelvienne prévue comme certaine ou probable, il n'y a plus lieu actuellement de discuter, comme opération de choix, la symphyséotomie (ou la pubiotomie), mise en opposition et en balance avec la césarienne.

Cette dernière, pratiquée dans de bonnes conditions techniques de sécurité, en temps opportun, sans expectation trop prolongée, après une raisonnable épreuve du travail, est l'opération de choix, très généralement admise aujourd'hui.

II. — Mais la symphyséotomie à la Zarate offre une précieuse ressource qu'il ne faut pas sous-estimer ; dans le cas où, contrairement aux prévisions, la tête fœtale ne descend pas, où manifestement l'obstacle à son engagement est minime et où un très faible écartement des pubis suffira à permettre sa descente.

III. — La symphyséotomie à la Zarate, par la conservation du ligament arqué sous-pubien, a des suites bénignes, exemptes de troubles de la marche.

Mais elle est d'une application très limitée, le faible

écartement des pubis qu'elle permet la rendant inopérante, dès qu'il y a une disproportion sensible entre la tête foetale et le bassin.

IV. — Elle mérite, dans la pratique obstétricale, une place modeste, mais réelle, non comme opération de choix, mais comme ressource d'exception.

V. — La pubiotomie faite rapidement, au moment du passage de la tête dernière, avec un fil-scie de Gigli posé préventivement avant l'expulsion du siège, permet d'extraire vivants des enfants se présentant par le siège dans un bassin peu rétréci ; lorsque se révèle une résistance qu'on n'avait pas escomptée au passage de la tête, par suite d'une erreur d'appréciation trop optimiste, en raison de laquelle on avait décidé de laisser se dérouler l'accouchement spontané.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABUREL. — La pelvitomie chez les primipares. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1930).
- BRINDEAU et P. LANTUÉJOUL. — La pratique de l'art des accouchements-opérations.
- BRINDEAU. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1925, IV^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique.
- BAYARD. — La symphyséotomie sous-cutanée suivant la technique de Zarate. (*Thèse d'Alger*, 1933).
- CATHALA. — *Société Belge d'Obstétrique et de Gynécologie*, décembre 1924.
- CHARLES. — Contribution à l'étude de la technique de l'hébotomie. Section du pubis sous-cutané et à ciel ouvert. (*Thèse de Paris*, 1925).
- COUVELAIRE. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1925, IV^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique.
- GUÉNIOT (Paul). — Conduite à tenir dans les bassins rétrécis, lorsque l'enfant se présente par le siège. (*Bulletin médical*, 27 octobre 1934).
- JEANNIN et Paul GUÉNIOT. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique.
- JAMBERT (René). — A propos de 25 observations de symphyséotomies suivant la technique de Zarate. (*Thèse de Lyon*, 1935).
- LE LORIER. — Les pelvitomies. Choix du procédé. (*Gynécologie et Obstétrique*).

- ODAGESCO (S.) (Bucarest). — Les résultats de l'expectative dans les bassins limités et l'épreuve du travail (Travail de la Clinique Tarnier : Professeur Brindeau).
- PAUL BAR, BRINDEAU et J. CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, tome III.
- RAVINA. — Où en est la symphyséotomie ? (*La Médecine*, N° 5, avril 1932).
- ROSSIER. — *Gynécologie et Obstétrique*, année 1925, tome XII.
- SCEMBA. — Pelvitomie et césarienne. (*Thèse de Paris*, 1925).
- SÉGUY (Jean). — A propos de la symphyséotomie selon la technique de Zarate. (*Bulletin Médical*, 27 octobre 1934).
- VARNIER. — Historique de la pelvitomie. (*Annales de Gynécologie*, 1893).
- ZARATE (Henrique). — Pubiotomie ou symphyséotomie. (*Revista Argentina de Obstetrica y Gynecologia*, septembre-octobre 1924).
- Nouvelle technique de symphyséotomie sous-cutanée. (*Gynécologie et Obstétrique*, année 1932, tome XI).

